

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

103

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Chaabân HARIDI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

DE

L'ANESTHÉSIE LOCALE

DANS LA CHIRURGIE FACIALE

ET BUCCO-PHARYNGÉE

Président : M. BROCA, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

103

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1918

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Chaabân HARIDI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

DE

L'ANESTHÉSIE LOCALE

DANS LA CHIRURGIE FACIALE

ET BUCCO-PHARYNGÉE



Président : M. BROCA, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN: M. ROGER
ASSESEUR: G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapentique générales	ACHARD
Pathologie médicale	TEISSIER
Pathologie chirurgicale	N...
Anatomie pathologique	LEJARS
Histologie	LETULLE
Opérations et appareils	PRENANT
Anatomie topographique	N.
Pharmacologie et matière médicale	Auguste BROCA
Thérapeutique	POUCHET
Hygiène	P. CARNOT
Médecine légale	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Bactériologie	BEZANCON
Clinique médicale	GILBERT
Maladies des enfants	DEBOVE
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CHAUFFARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	WIDAL
Clinique des maladies du système nerveux	HUTINEL
Clinique chirurgicale	DUPRÉ
Clinique ophtalmologique	N.
Clinique des maladies des voies urinaires	PIERRE MARIE
Clinique d'accouchements	DELBET
Clinique gynécologique	QUENU
Clinique chirurgicale infantile	HARTMANN
Clinique thérapeutique	N.
	De LAPERSONNE
	LEGUEU
	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
	POZZI
	KIRMISSON
	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
AGLAVRE	GUILLAIN	LOEPER	ROUVIERE
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	SCHWARTZ (A.)
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SICARD
BRUMPT	LABBE (H.)	MULON	TANON
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	VILLARET
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	ZIMMERN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	
GOUGEROT	LEQUEUX	RIBIERRE	
GREGOIRE	LEREBoullet	RICHAUD	
GUENIOT	LEGREY	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

C. Haridi

A LA MÉMOIRE DE NOTRE PREMIER MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR RECLUS

A NOTRE MAITRE

M. H. MORESTIN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis
Chevalier de Légion d'honneur

En hommage et en reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR RECLUS (*In memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR CAUSSADE

M. LE DOCTEUR MOUTARD-MARTIN

MONSIEUR LE DOCTEUR MORESTIN

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMELIN

MONSIEUR LE DOCTEUR SERGENT

MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BROCA

Chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades

Le choix du sujet de notre thèse ne fut point fixé par un hasard de notre éducation chirurgicale ; nous y fûmes, au contraire, déterminé par l'ensemble même de cette éducation.

Dès notre arrivée en France, nous eûmes en effet l'heureuse fortune d'être accepté comme stagiaire par le professeur Reclus.

L'éloquence de notre premier maître, la séduction de son intelligence, la richesse de sa culture étaient bien faites pour nous retenir près de lui et nous donner le goût d'une chirurgie sage et prudente.

Par un homme qui nous la fit aimer, nous connûmes l'intimité de cette vraie France, dont nous avions en nous la secrète résonnance.

Le professeur Reclus fit de nous un adepte convaincu de l'anesthésie locale.

Puis, il nous fut donné d'être l'élève de M. Morestin dont l'expérience en cette matière est extrêmement étendue et qui peut-être a poussé plus loin encore que M. Reclus, son maître, les indications de l'anesthésie locale.

Nous sommes heureux de réunir ainsi les noms des professeurs Reclus et Morestin dans un même

hommage : nous savons sa faiblesse mais la sincérité du mouvement de cœur qui nous le fait présenter à la mémoire d'un maître aimé, à la bienveillance d'un maître admiré, nous fera crédit de son insuffisance.

Nous mêlons nos deux maîtres dans notre reconnaissance ; leur souvenir et celui de la France, ne finira qu'avec nous.

DE
L'ANESTHÉSIE LOCALE
DANS LA CHIRURGIE FACIALE
ET BUCCO-PHARYNGÉE

INTRODUCTION

Les dangers de l'anesthésie générale sont depuis longtemps connus et redoutés, et ces dangers persistent malgré tous les progrès ingénieux réalisés dans la préparation et l'administration des narcotiques.

Emu, sans doute par cet illogisme médical, chargeant d'une mauvaise chance, une vie qu'on entreprend de sauver, le professeur Reclus pensa retirer du cadre dangereux de l'anesthésie générale tous les cas qu'il crut justement pouvoir illustrer sa méthode.

Il se fit donc le novateur, en France, de l'anesthésie locale par infiltration ; il se donna, tout entier, pendant plus de vingt-cinq ans à l'étude de cette question, pour la mener au point où elle se trouve actuellement,

C'est grâce à son labeur infatigable que la méthode qui porte son nom, avec juste raison, a été acceptée dans la chirurgie courante.

On peut affirmer pourtant qu'elle est loin encore d'être assez répandue et que trop peu de chirurgiens lui accordent l'entière confiance qu'elle mérite.

L'ardeur de M. Reclus à défendre l'anesthésie locale lui a valu des partisans très convaincus comme en témoigne le compte rendu de la séance du 8 juillet 1914 à la Société de Chirurgie où plus de douze membres de la savante Compagnie prirent la parole pour signaler les services rendus par l'anesthésie localisée.

Notre regretté maître devait reprendre la parole sur ce même sujet, au mois d'octobre 1914 : sa mort prématurée nous priva du charme de sa parole et nous empêcha de profiter plus longtemps des fruits de sa longue expérience.

A cette même séance notre maître Morestin montra le merveilleux parti qu'on peut tirer de ce moyen d'anesthésie, dans la chirurgie faciale : « Nulle part, l'anesthésie locale ne rendra de plus constants, de plus signalés services que dans la chirurgie de la face et de la cavité bucco-pharyngée. Elle permet de supprimer l'aide chargé de l'anesthésie générale, en même temps que s'évanouissent les difficultés et les dangers de celle-ci, elle nous permet de faire appel à l'intelligence, au bon vouloir et à la docilité du patient et de faire de celui-ci un collaborateur véritable. Les opérations en deviennent plus simples, mieux réglées et plus bénignes dans de très nombreuses circonstances », dit-il en se résumant.

Ayant l'honneur de remplir depuis le début de la

guerre les fonctions d'interne dans le service de M. Morestin, c'est par centaines qu'il nous faudrait compter les opérations faciales et bucco-pharyngées auxquelles nous avons participé comme aide, soit à Saint-Louis, soit à l'hôpital Rotschild ; elles furent toutes menées à bien sans autre mode d'anesthésie que l'infiltration des tissus par la solution de cocaïne.

Nous essaierons d'exposer ici le résultat de son enseignement et de sa pratique journalière, nous nous ferons l'interprète de ses propres idées sur l'anesthésie locale, sur sa préférence pour le chlorhydrate de cocaïne et ce sont ses propres techniques opératoires que nous décrirons.

Nous ne discuterons pas les méthodes des différents auteurs dont la recherche s'exerça dans le même domaine.

Dans cette modeste contribution nous voulons nous borner à décrire ce que nous avons vu, au jour le jour, dans les différents services de M. Morestin.

INCONVÉNIENTS DE L'ANESTHÉSIE GÉNÉRALE

dans la chirurgie faciale et bucco-pharyngée

Aux dangers ordinaires de l'anesthésie générale s'ajoutent, dans la pratique de la chirurgie faciale et bucco-pharyngée, de sérieux et multiples inconvénients. Ceux-ci disparaissent entièrement par l'emploi de l'anesthésie locale.

En effet :

a) La présence de l'aide chargé de l'anesthésie générale, ses mains et sa compresse constituent une gêne considérable dans tous les cas où le chirurgien a besoin d'avoir son champ opératoire libre ; or la taille d'un lambeau facial, la reconstitution d'une lèvre, le modelage d'un nez sont des opérations dont l'exécution minutieuse exige un champ opératoire bien dégagé.

Une palatoplastie, faite à l'anesthésie générale, se trouve singulièrement compliquée : l'anesthésiste masque souvent ce qui constitue le champ opératoire et interdit ainsi au chirurgien la liberté de ses mouvements.

b) Le traitement des grandes difformités tégumen-

taires de la face nævi et lupus étendus, larges placards cicatriciels, etc. exige un grand nombre d'interventions successives (douze, quinze, vingt et parfois plus) qui, faites sous l'anesthésie générale, ne seraient pas sans danger pour le foie et les reins des patient.

De même les grandes autoplasties faciales et les multiples retouches qu'elles comportent entraîneraient un nombre égal de narcoses, ce qui constituerait un réel péril d'intoxication chloroformique surtout si le patient est un vieillard ou un cachectique, ayant déjà subi l'exérèse d'une tumeur maligne de la face.

c) Les retouches esthétiques, les petites greffes cartilagineuses et graisseuses, la réduction graduelle des cicatrices, etc. sont ordinairement d'une grande simplicité.

Une anesthésie générale compliquerait considérablement ces interventions, sans aucun avantage et leur durée en serait quadruplée.

d) A la suite du sommeil chloroformique, beaucoup d'opérés ont un réveil tumultueux ; leurs cris et leurs mouvements intempestifs risqueraient d'amorcer la désunion des sutures.

En outre, les vomissements, si fréquents dans ces cas en souillant les plaies risqueraient, de les infecter et compromettraient ainsi le bon résultat escompté : ce qui a une réelle importance pour des opérations délicates et laborieuses telle qu'une palatoplastie ou un greffe cartilagineuse du maxillaire inférieur.

Ces accidents sont absolument supprimés par l'emploi de l'anesthésie locale.

e) Il est enfin des opérations faciales et buccales dont le succès dépend en bonne partie d'une soumission parfaite du patient et même d'une certaine collaboration.

Une chéiloplastie, une blépharoplastie, exigent l'immobilité absolue du malade qui, souvent, ne peut être obtenue sous l'anesthésie générale et en particulier dans la clientèle ordinairement alcoolique de l'hôpital.

Le succès d'une palatoplastie compliquée peut dépendre, en partie, de la collaboration du patient : il maintiendra en bonne position l'ouvre-bouche qu'un sujet endormi ne pourrait serrer entre ses mâchoires, rejettera la salive et le sang accumulé dans son pharynx, ce qui diminue le traumatisme exercé sur le palais par les compresses et les tampons.

Enfin le traitement palliatif de la paralysie faciale par le froncement des parties molles sous-cutanées est une opération très aléatoire, sinon impraticable avec succès, sur un sujet endormi.

Quand le malade dort, en même temps que sa conscience s'évanouit l'aide précieuse qu'il pourrait apporter au chirurgien.

Dans le domaine de la chirurgie faciale, l'encombrement du champ opératoire par les mains et la compresse de l'anesthésiste constitue une gêne si

considérable que plusieurs moyens ingénieux furent imaginés pour remédier à cet inconvénient sérieux.

C'est ainsi qu'on conseilla d'introduire dans la narine du patient une sonde de Nélaton en caoutchouc rouge qui sera reliée au bout efférent de la soufflerie d'un thermo-cautère, à l'aide d'un tube de verre de 5 à 6 centimètres.

Le flacon à essence de la soufflerie contiendra 30 grammes de chloroforme.

En pressant sur la poire de la soufflerie on envoie dans le pharynx les vapeurs de chloroforme.

On veillera à ce que l'œil de la sonde ne dépasse pas le pharynx sous peine d'insuffler le chloroforme dans l'œsophage et l'estomac : accident sans gravité d'ailleurs mais qui n'amènera pas le sommeil du patient.

Bittling imagina une minuscule canule-trocart avec laquelle on ponctionne le larynx au niveau de l'espace intercrico-thyroïdien, cette canule, munie d'une soupape, sera adaptée à un appareil, tel l'appareil de Ricard.

Ainsi le champ opératoire sera débarrassé de la présence encombrante de l'anesthésiste qui se maintiendra à une assez grande distance du chirurgien et de ses aides ; mais les dangers, immédiats et éloignés du chloroforme, n'en persistent pas moins.

Avantages de l'anesthésie locale

Presque toutes les opérations faciales et bucco-pharyngées peuvent être faites à l'anesthésie locale. Cependant les grandes résections osseuses, l'ablation des grosses tumeurs adhérentes bénéficient de l'anesthésie générale : devant employer de fortes doses d'anesthésique on substituerait ainsi une intoxication cocaïnique à l'intoxication chloroformique, sans aucun avantage.

Hormis ces cas, l'anesthésie localisée doit être la règle.

a) En effet, l'anesthésie locale, ne présentant pas les accidents immédiats ou tardifs de l'anesthésie générale, on peut faire subir, grâce à ce mode anesthésique, à un même malade, de multiples opérations successives, sans craindre le moindre danger d'intoxication grave.

b) Une technique anesthésique simple doit être la seule qui convienne à une intervention elle-même simple et qui ne dure que quelques minutes : tout autre moyen serait une complication inutile et par tant nuisible.

c) L'anesthésie locale ne détermine aucun effort, aucun vomissement qui peuvent compromettre la réussite de l'intervention.

d) Le chirurgien a donc à sa disposition une tech-

nique anesthésique simple, rapide, propre, qui supprime la présence incommode d'un aide et lui donne en échange, l'aide effective du malade conscient.

Nous avons déjà dit combien cette aide était précieuse dans le domaine de la chirurgie faciale et bucco-pharyngée.

M. Morestin n'hésite jamais à employer l'anesthésie locale toutes les fois que cela lui est possible ; l'opération y gagne en simplification, en propreté, en netteté, en rapidité, en sécurité.

Technique anesthésique

M. Morestin est resté fidèle au chlorhydrate de cocaïne. Il n'a point suivi M. Reclus dans le choix d'autres analgésiques tels que la stovaïne, la novocaïne, l'eucaïne B ou l'alypine.

Sans doute le degré de leur toxicité est moindre que celui de la cocaïne, mais cet avantage ne compense pas l'infériorité de leur pouvoir analgésique.

D'ailleurs, la toxicité de la cocaïne paraît être fort au-dessous de sa réputation : « Depuis tant d'années que je reste fidèle à la cocaïne, je n'ai jamais eu à noter le plus léger accident », affirma M. Morestin à la séance de la Société de Chirurgie du 8 juillet 1914.

Jamais, en effet, nous n'eûmes le regret d'observer un accident sérieux même chez des malades chez

qui des doses relativement massives de cocaïne ont été injectées.

Notre maître affirmait dans cette même séance, et avec juste raison n'avoir remarqué parfois qu'une pâleur de la face, un peu d'accélération respiratoire, plus souvent une légère excitation, une tendance à bavarder, à peine quelques malaises ».

Pour combattre efficacement ces malaises, le cas échéant, on commande au malade de respirer largement, de propulser et de rentrer rythmiquement la langue et à la rigueur on lui donnera à boire un peu de café.

La solution de chlorhydrate de cocaïne qu'emploie M. Morestin est *une solution au centième*.

La cocaïne étant par elle-même vaso-constrictive, *il ne lui adjoint pas de l'adrénaline* qui pourrait compromettre la vitalité d'un lambeau par une ischémie excessive fut-elle de courte durée.

De même que M. Reclus, M. Morestin emploie la méthode d'anesthésie par infiltration, mais leurs deux techniques diffèrent sur plusieurs points importants.

1° M. Reclus employait de petites doses de cocaïne (il conseillait de ne pas dépasser la dose de *19 centigr.* qu'il considérait comme étant le seuil de la dose toxique) et se servait de petites seringues de *deux centimètres cubes*. M. Morestin persuadé qu'on a beaucoup exagéré les dangers de la cocaïne, n'hésite pas à employer des doses relativement massives à l'aide d'une seringue de *cinq et même de dix centi-*

mètres cuhès, sans prêter une attention particulière à chaque mesure qu'il injecte : *trente, quarante et jusqu'à cinquante centigrammes* de l'alcaloïde sont injectés et la dose maximum de Reclus se trouve ainsi largement dépassée sans inconvénients.

2° M. Reclus conseillait l'anesthésie d'une région *plan par plan* : il commençait par une injection « intra-dermique, traçante et continue » et infiltrait ensuite le tissu cellulaire sous-cutané, attendait six à huit minutes avant d'inciser les téguments, pour anesthésier ensuite l'aponévrose et les muscles, M. Morestin fait l'anesthésie des différents plans en un seul temps : il injecte d'emblée la solution analgésique dans le tissu cellulaire sous-cutané (et non dans le derme) enfonce, ensuite, plus profondément l'aiguille de sa seringue pour anesthésier les muscles et, le cas échéant, le tissu cellulaire sous-muqueux (quand on agit au niveau des lèvres ou des joues, par exemple).

Une fois cette infiltration faite, il prend immédiatement le bistouri et agit sur les différents plans sans avoir à faire de nouvelles injections.

Cette pratique a sur celle de M. Reclus l'avantage d'un gain de temps considérable et permet en outre la libération immédiate d'une grande quantité de cocaïne, ce qui explique en bonne partie l'absence de tout accident d'intoxication ; et ainsi disparaît le reproche que l'on faisait à l'anesthésie par infiltration : celui de sa lenteur.

A cette anesthésie par infiltration, M. Morestin, associe très avantageusement, l'anesthésie régionale,

couramment employée par Braun, et dont le principal apôtre, en France, fut M. Pauchet.

Cette méthode anesthésique nous rend de signalés services quand on agit sur un territoire dont les nerfs sensitifs sont facilement accessibles, tel : le nerf maxillaire supérieur dans la fosse ptérygo-maxillaire, le nerf sous-orbitaire à sa sortie du trou sous-orbitaire, le nerf mentonnier dans le trou du même nom, le nerf lingual dans le sillon gingivolingual, etc.

Elle a même, sur l'anesthésie par infiltration, l'avantage de ne pas modifier le volume et l'aspect de la région : ce qui a une réelle importance quand il s'agit d'une correction d'un bec-de-lièvre mal opéré, ou de la restauration d'un contour labial, par exemple.

L'association de ces deux modes anesthésiques donne des résultats des plus heureux en procurant une anesthésie parfaite avec une quantité minime de cocaïne.

Avantages de l'anesthésie locale chez les blessés de guerre mutilés de la face

Longtemps avant la guerre actuelle, les avantages de l'anesthésie locale, avaient été appréciés par notre maître Morestin ; ainsi en témoignent ses multiples communications à la Société de Chirurgie. Mais les milliers de blessés de guerre, mutilés de la face,

vinrent accrottre le champ des opérations faciales et donner à sa pratique chirurgicale, une ampleur bien plus considérable encore.

Les mutilations de guerre, en effet, par la variété de leur siège et de leur étendue nécessitèrent un grand nombre d'opérations réparatrices, dont le succès est redevable, en une certaine mesure, à l'emploi qu'on fit de l'anesthésie locale.

C'est très souvent, dans un état fort grave que nous recevons, dans les hôpitaux de l'arrière, les mutilés de la face.

Il n'est point rare que la fracture de la mâchoire rende l'alimentation impossible pendant plusieurs jours, et augmente ainsi l'affaiblissement dû au traumatisme et au schok.

De plus, l'infection de la cavité buccale est la règle dans ces blessures. Cette infection, chez de tels surmenés, se propage rapidement aux voies respiratoires, déterminant des accidents de trachéo-bronchite et de congestion pulmonaire, qui interdiront pendant longtemps toute anesthésie générale.

Or, de multiples interventions immédiates sont ordinairement nécessaires : l'anesthésie générale constituerait, dans ces conditions, un danger sérieux pour ces blessés fatigués.

Par contre opérés, à l'anesthésie locale, ces blessés se retrouveront à l'abri des accidents immédiats et surtout éloignés de l'anesthésie générale.

Le blessé devient un aide précieux pour le chirurgien : selon l'ordre reçu il garde l'immobilité, prend

l'attitude que l'opérateur juge utile, fait fonctionner tel ou tel groupe musculaire de la face ; il facilite ainsi la tâche du chirurgien et contribue à la réussite de l'entreprise.

L'opération faite à l'anesthésie générale n'atteint pas ce succès : en effet, l'anesthésiste doit cesser, à un moment donné, l'administration du narcotique, pour laisser le champ libre au chirurgien, qui doit s'interrompre à son tour, pour permettre au chloroformisateur de reprendre sa besogne.

La perte de temps est ainsi considérable. En outre, l'anesthésie, n'étant pas continue, les patients ont des mouvements désordonnés qui rendent pénible la tâche délicate d'un opérateur, taillant et suturant de minuscules lambeaux. Cette excitation chloroformique est exagérée chez les sujets alcooliques, trop nombreux, hélas ! et rend alors cette tâche impraticable.

L'anesthésie locale remédie à ces graves inconvénients : les malades conscients, subissent une autorité qui maîtrise leurs réflexes ; ils crachent et se laissent facilement enlever le sang accumulé dans leur naso-pharynx, ce qui leur évite, en partie, les complications broncho-pulmonaires, justement redoutées.

De plus, beaucoup d'opérations plastiques de la face, ne sont point réglées, aussi le chirurgien a-t-il besoin de toute la liberté de ses mouvements et de son champ opératoire.

Nullement gêné par les mains du chloroformisa-

teur et sa compresse, c'est donc devant un malade calme, immobile, ne crachant point, ne manifestant d'aucune façon ses habitudes alcooliques, que le chirurgien calculera à l'aise le siège et les dimensions d'un lambeau, d'une incision, d'une suture, toutes opérations délicates qui ne peuvent être décidées, qu'une fois le patient sur la table d'opération.

D'autres fois — et c'est le cas dans la correction d'une paralysie faciale, par fronnement des parties molles — l'opération nécessite un certain tâtonnement.

Le blessé doit être alors éveillé, pour exécuter les mouvements que lui commande le chirurgien ; il aidera ainsi, ce dernier, à obtenir un résultat aussi satisfaisant que possible. L'habileté du chirurgien fera donc de ce résultat un véritable succès esthétique, grâce à la collaboration précieuse du patient, anesthésié localement.

Sur un sujet endormi, cette intervention ne peut être que très aléatoire.

Enfin, l'anesthésie locale ne détermine, après l'opération, aucun de ces efforts ni de ces vomissements post-chloroformiques qui souillent les plaies et font céder les sutures.

Toutes ces raisons sont applicables, en grande partie, aux vieillards et aux cachectiques intoxiqués, en état de moindre résistance : ce qui fait que l'anesthésie générale est chez eux doublement dangereuse.

Autoplasties en « jeu de patience »

Les mutilations de la face, du fait de la guerre, nous l'avons dit, sont des plus variables.

Ces plaies, quand elles sont étendues, ont un aspect effrayant et, à première vue, la destruction paraît énorme.

Mais un examen minutieux montre que la perte de substance cutanée n'est pas aussi étendue qu'une première observation nous l'avait fait paraître.

Les déchirures sont multiples et profondes, mais les languettes cutanées et les lambeaux muqueux recroquevillés, et irrégulièrement découpés, sont susceptibles d'être utilisés plus tard.

Le premier temps de toute autoplastie — et c'est là, un fait capital — consiste dans l'excision des brides et noyaux cicatriciels. Il suffit pour cela, d'injecter dans leur épaisseur, quelques centimètres cubes de la solution analgésique, et les exciser en une ou plusieurs fois, suivant leur étendue. On se débarrasse ainsi de larges placards cicatriciels. L'opération est relativement facile : la peau saine est mobilisée, elle se laisse facilement distendre, grâce à son élasticité.

C'est à ce moment qu'on tirera profit de tous les débris de peau et de muqueuse : les lambeaux recroquevillés, après infiltration par la cocaïne, seront disséqués et étalés, leurs bords seront avivés et suturés les uns aux autres.

On arrive ainsi à faire, à peu de frais, des réparations qui paraissaient, au premier abord, d'une difficulté insurmontable.

C'est là ce que notre maître Morestin appelle « des autoplasties en jeu de patience ».

Une grande partie du masque facial et surtout les lèvres sont ainsi réparées.

Réduction graduelle des difformités tégumentaires par extirpations successives

Le traitement des difformités tégumentaires de la face — soit qu'il s'agit de nævi, de taches vasculaires ou de cicatrices — est ordinairement très difficile ; les autoplasties classiques n'offrent dans ces cas que des ressources très insuffisantes.

Beaucoup de ces cas, auxquels on ne pouvait appliquer jusqu'à ces derniers temps, aucun traitement chirurgical, bénéficient aujourd'hui de la méthode de notre maître Morestin et appelée par lui « la réduction graduelle » : c'est une méthode exempte de tout danger et recommandable par sa grande simplicité et par les grands avantages qu'on peut en tirer. Ces difformités sont réduites par extirpations successives : voilà le principe de la méthode.

Il a été exposé comme suit par notre maître à la Société de Chirurgie, le 16 juin 1915.

« Supposons un large nævus, dont l'extirpation

totale ne serait possible qu'au prix d'une opération étendue et mutilante, ou tout au moins exigerait une grande antoplastie péniblement réalisable. Au lieu de cette ablation d'emblée complète qui ne s'impose en aucune manière, puisqu'il s'agit d'une lésion bénigne, ne pourrait-on pratiquer l'exérèse dans des temps successifs. Je le pense, et cette manière de faire a le grand avantage de ne pas poser brusquement le problème de la réparation.

Si l'on extirpe un fragment de la plaque noirâtre, et que les bords de la plaie soient immédiatement réunis, on aura éliminé la dixième ou la vingtième partie de la lésion. Celle-ci, au bout de quelques jours, pourra subir une nouvelle réduction, au bout d'une petite intervention très simple. La souplesse et l'élasticité des téguments leur permettent de s'accommoder, et bientôt un autre prélèvement sera réalisable. Bref, on peut théoriquement concevoir l'entière destruction de la lésion par une série, plus ou moins longue, d'opérations partielles, dont chacune serait d'une extrême simplicité et n'exigerait aucune autoplastie au sens ordinaire du mot. Il se produirait une autoplastie spontanée par élongation et adaptation graduelle des téguments environnants.

La destruction complète étant devenue impossible, on peut supposer encore la lésion progressivement ramenée à des proportions telles que la plaie laissée par son ablation serait susceptible d'être réparée par une autoplastie classique et relativement facile.

Tout cela est réalisable dans la pratique. »

.
.

« Les conditions sont moins favorables quand il s'agit de cicatrices. Néanmoins, on peut encore obtenir des résultats très appréciables, réduire, peu à peu, les surfaces cicatricielles, les effacer parfois complètement, les ramener même à des lignes. Ceci peut avoir un grand intérêt, notamment dans les cicatrices opératoires laissées par le prélèvement de lambeau, dans le cas de rhinoplastie par exemple ; on peut assez fréquemment ramener à une ligne verticale ou légèrement oblique la cicatrice frontale laissée par la saillie d'un lambeau très étendu.

Plus souvent encore, j'ai eu l'occasion d'améliorer par ce procédé des cicatrices laissées par des ulcérations tuberculeuses, des traumatismes ou des brûlures.

Dans ce dernier cas, il est rare que l'on puisse, par la réduction graduelle, faire disparaître toute difformité ; mais dans nombre de circonstances, on peut préparer ainsi des opérations plastiques qui en sont simplifiées dans une large mesure. Dans quelques cas on peut se dispenser même de toute autoplastie proprement dite, en raison de l'amélioration considérable que procure la réduction du territoire cicatriciel par des excisions successives ».

La seule préoccupation du chirurgien doit être de proportionner l'étendue des excisions à l'élasticité de la peau et d'éviter de créer des attitudes vicieuses

par une mauvaise orientation des incisions : ce qui a une grande importance quand on agit au voisinage des commissures labiales, des paupières ou des ailes du nez.

Toutes ces opérations seront faites à la cocaïne : il suffit d'en injecter quelques centimètres cubes au niveau du lambeau dont on se propose l'excision.

Il est évident qu'une intervention aussi simple serait considérablement compliquée par une anesthésie générale.

L'excision du lambeau et la suture de la plaie qui en résulte ne durent que quelques minutes et la narcose, à elle seule, triplerait cette durée.

Chéiloplasties

Le cancer de la lèvre oblige le chirurgien à faire l'ablation plus ou moins totale de cet organe, d'autres fois, la destruction de la lèvre est le résultat d'une plaie de guerre ; dans l'un comme dans l'autre de ces cas on est appelé à faire une chéiloplastie.

L'anesthésie locale et régionale est certes le procédé de choix pour l'ablation et la reconstitution des lèvres.

On connaît la fréquence du cancer de la lèvre inférieure ; suivant l'étendue du néoplasme on est appelé à faire l'ablation partielle ou totale de la lèvre.

Plus rarement le cancer siège au niveau de la lèvre supérieure ; aussi on en fait, moins souvent, l'ablation.

L'anesthésie des lèvres est obtenue par simple infiltration de cocaïne ou mieux encore par l'anesthésie, à distance, des nerfs sensitifs : les nerfs sous-orbitaires à leur émergence du trou sous-orbitaire pour la lèvre supérieure et les nerfs mentonniers, au niveau du trou du même nom, pour la lèvre inférieure.

L'anesthésie ainsi obtenue est rapide et complète, suffisante, en tous cas pour mener à bien des ablations de tumeurs ou des opérations réparatrices telles la restauration d'un contour labial, la correction d'un bec-de-lièvre mal opéré, etc.

Dans ces derniers cas l'anesthésie par infiltration est moins satisfaisante : l'injection modifiant l'aspect et le volume de la région, l'opérateur se trouve un peu gêné pour préciser la limite de la bordure rouge, pour déterminer l'importance des lambeaux qu'il taille : il peut en résulter des erreurs de technique qui, au point de vue plastique, ne sont jamais négligeables.

Ablation de la lèvre. — Supposons le néoplasme siégeant au niveau de la lèvre inférieure.

S'il est de petites dimensions, l'ablation partielle de la lèvre suffit. L'anesthésie sera obtenue, nous l'avons dit, soit par cocaïnisation des deux nerfs sous mentonniers ou par infiltration du territoire dont on se propose l'ablation. La solution anesthé-

sique sera injectée successivement dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les muscles de la lèvre et enfin dans le tissu cellulaire sous-muqueux, ce qui amène une pâleur et un œdème de la muqueuse labiale.

Deux pinces-tracteurs, ou deux crins de Florence traversant la lèvre à droite et à gauche de la lésion et servant de tracteurs serviront à maintenir la lèvre bien tendue.

L'incision de choix sera une incision en V à sommet inférieur, passant à un travers de doigt de chaque côté du néoplasme, et intéressant la lèvre dans toute son épaisseur, la muqueuse inclusivement.

Une fois ce coin enlevé, les deux lèvres de la plaie seront suturées l'une à l'autre aussi bien du côté de la peau que du côté de la muqueuse.

Plus tard, si le résultat acquis l'exige, de petites interventions seront faites pour corriger les commissures, à l'anesthésie localisée.

Si le cancer est étendu il faut faire l'ablation ultratotale de la lèvre selon l'expression de notre maître Morestin.

Les nerfs sous-orbitaires et mentonniers seront anesthésiés : ce qui amènera l'insensibilisation des lèvres.

La lèvre sera limitée par trois incisions : deux latérales partant des commissures et se dirigeant en bas et en dehors vers le bord inférieur du maxillaire et une troisième transversale, passant près de la

pointe du menton et venant à la rencontre des deux premières.

Ainsi le fragment enlevé aura une forme de trapèze, à base inférieure.

Chéiloplastie

Trois semaines après cette intervention on entreprendra la chéiloplastie totale proprement dite.

Les nerfs sous-orbitaires seront cocaïnisés et quelques centimètres cubes de la solution analgésique infiltreront les joues au voisinage de la perte de substance.

La chéiloplastie sera faite à l'aide de deux lambeaux rectangulaires, à base inféro-externe, taillés aux dépens de la joue et de la lèvre supérieure.

(Pour tailler ces lambeaux on commande au patient de maintenir sa bouche grande ouverte afin de bien tendre les joues et permettre au chirurgien de donner à ces lambeaux les dimensions et une orientation appropriées).

Les deux lambeaux seront ramenés vers la ligne médiane et suturés l'un à l'autre, tant du côté de la peau que du côté de la muqueuse.

Un rang de points de suture les fixera, en bas, à la peau du menton préalablement avivée; d'autre point de sutures uniront les tranches de section de la lèvre supérieure aux tranches de section correspondantes de la joue, à droite et à gauche. Enfin on restaurera les commissures, à l'aide de languettes de

bordure rouge, appartenant aux parties de la lèvre supérieure qui avaient servi à la formation des lambeaux.

C'est là le procédé le plus simple et le plus sûr pour mener à bien la restauration de la lèvre inférieure.

La cheïloplastie est sûrement l'un des exemples les plus nets qui illustrent l'anesthésie locale et régionale. La nature de cette opération suppose, en effet, la plupart des contre-indications d'une anesthésie générale, alors qu'elle retire de l'anesthésie localisée tous les avantages d'une heureuse simplification et d'un gain de temps appréciable.

C'est assez dire que le succès d'une telle intervention dépend, en une bonne mesure, du mode anesthésique.

Par la description détaillée de la cheïloplastie on a remarqué que le chirurgien doit nécessairement exiger un large champ opératoire et précisément au niveau de la bouche, du nez et des joues. Aussi serait-il très gêné par les mains d'un chloroformisateur qui ne pourrait appliquer sa compresse que sur ce qui constitue le champ opératoire lui-même.

La malpropreté, due à l'écoulement salivaire et aux vomissements, ferait perdre, dans ce cas, toute l'élégance d'une technique si bien réglée et qui satisfait les règles élémentaires de l'asepsie.

GREFFES CARTILAGINEUSES ET GRAISSEUSES

Dans les mutilations de la face, outre les parties molles le squelette facial et la voûte crânienne sont souvent lésés et on est ainsi appelé à réparer cette perte de substance osseuse par la greffe cartilagineuse ou graisseuse.

Cette greffe, si elle a pour but, au niveau de la face, de corriger une asymétrie très disgracieuse devient quand il s'agit de la boîte crânienne, une question de sécurité bien plus importante, en protégeant l'encéphale d'une façon efficace.

Greffes cartilagineuses dans les pertes de substances crâniennes

S'il existe au niveau de l'os trépané une cicatrice adhérente, on doit commencer comme pour toute autoplastie, par l'ablation — en une ou plusieurs fois — du placard cicatriciel.

L'ouverture accidentelle de l'espace sous-arachnoïdien et l'écoulement d'un peu de liquide céphalo-

rachidien au cours de l'une de ces interventions serait un accident sans importance et il n'y aurait nullement lieu de s'en inquiéter.

Une fois la cicatrice complètement excisée, et la perte de substance osseuse recouverte par des téguments sains, on entreprend la greffe proprement dite.

Les téguments qui couvrent la perte squelettique seront infiltrés de cocaïne et incisés au niveau de la cicatrice linéaire déjà existante ; ils seront ensuite complètement libérés de la masse cérébrale sous-jacente (à moins qu'ils ne le fussent déjà) et des bords de la brèche crânienne. Ainsi on se rendra exactement compte de l'étendue de la perte osseuse.

Ayant à notre disposition du cartilage prélevé sur le malade même ou sur un autre patient et aux dépens du sixième, septième et parfois huitième cartilage costal selon la technique décrite par notre maître Morestin, ayant ce cartilage, disions-nous, on entreprend de combler la brèche crânienne.

Le cartilage sera découpé en lamelles dont chacune aura une longueur légèrement supérieure à celle du grand axe de la perte osseuse ; les extrémités de chaque lamelle seront taillées en biseau, pour être insinuées entre la dure-mère et la face interne du crâne : l'élasticité du cartilage permet cette manœuvre.

On aura soin de tourner l'épichondre vers la dure-mère : le cartilage ayant tendance à s'incurver de ce côté.

Une fois la brèche, recouverte dans toute sa largeur, par les transplans cartilagineux, on insinuera entre ceux-ci de petits copeaux pour remplir tous les espaces vides, d'autres copeaux combleront la brèche jusqu'à la face externe du crâne.

Au-dessus de ces greffons, les téguments seront hermétiquement suturés.

Ainsi la cohésion des transplans sera intime et leur immobilité presque absolue.

Greffes cartilagineuses dans les pertes squelettiques de la face

La ligne de conduite est la même que pour la perte de substance cranienne : ce n'est qu'après l'ablation des cicatrices et la reconstitution des parties molles qu'on entreprend la greffe cartilagineuse.

On infiltre de cocaïne les téguments qui recouvrent la perte osseuse : ceux-ci incisés sur la cicatrice existante, seront décollés du squelette sous-jacent. On crée ainsi une logette destinée à recevoir le greffon.

On sait que le cartilage, grâce à son élasticité, se laisse facilement découper : aussi réussit-on parfaitement à le modeler et à lui donner la forme de l'os qu'on se propose de remplacer.

Le greffon principal, modelé d'une façon appropriée, est mis en place ; d'autres greffons viendront assurer son maintien en bonne position et contri-

bueront à la perfection du résultat, en accentuant les reliefs.

C'est ainsi qu'on arrive à reconstituer les contours orbitaires, la saillie malaire, etc... : problème de chirurgie réparatrice qui n'avait, jusqu'à ces derniers temps, reçu aucune solution.

Greffes cartilagineuses dans les pertes de substances du maxillaire inférieur

Les blessés, atteints d'une perte plus ou moins considérable du maxillaire inférieur, bénéficient largement de cette opération réparatrice.

Une fois la plaie faciale désinfectée les cicatrices excisées, les parties molles reconstituées, les fragments du maxillaire inférieur maintenus en bonne position à l'aide d'un appareil de prothèse, on entreprend la transplantation cartilagineuse.

Le prélèvement du greffon sera fait aux dépens du sixième, septième et parfois huitième cartilage costal, du même côté que la lésion maxillaire, enlevés en un seul bloc.

Ce prélèvement sera fait à l'anesthésie mixte : on infiltre de cocaïne le tissu cellulaire sous-cutané et le muscle grand droit de l'abdomen au niveau du rebord costal, sur une étendue de 15 à 18 centimètres.

Dans ces conditions quelques bouffées de chloro-

forme suffisent à maintenir le patient dans un état de somnolence sans qu'il atteigne la période d'excitation : le chirurgien achèvera son opération sans être incommodé par l'excitation chloroformique du patient, fort gênante dans ce genre d'intervention.

Une fois le prélèvement cartilagineux fait, on cessera l'administration du narcotique ; le second temps de l'intervention, le temps facial, sera fait à l'anesthésie localisée.

Dans ce cas particulier de reconstitution du maxillaire on a, un plus grand avantage encore que dans toutes les greffes ci-dessus décrites, à employer l'anesthésie locale pour entreprendre ce deuxième temps : la transplantation proprement dite.

Pour cela, on anesthésie les nerfs maxillaire supérieur, sous-orbitaire et mentonnier. Comme il a été dit, on injecte ensuite quelques centimètres cubes de cocaïne au niveau de l'ancien foyer de fracture.

Les téguments seront incisés au niveau de la cicatrice déjà existante et décollés dans toute l'étendue de la perte squelettique : on crée ainsi une logette destinée à recevoir le transplan cartilagineux.

Au cours de ce décollement, il faut éviter, avec soin, la perforation de la muqueuse génienne qui ferait communiquer la logette avec la cavité buccale et risquerait d'infecter le greffon.

Une fois cette logette creusée, on ira à la recherche des deux extrémités du maxillaire, qui seront libérées des parties molles, plus ou moins modifiées et sclérosées, qui les entourent.

On se rend ainsi compte de l'étendue exacte de l'os détruit.

Le bloc cartilagineux prélevé, sera débarrassé des fibres musculaires qui lui adhèrent et modelé de telle sorte qu'il ait une forme, aussi rapprochée que possible, de celle de la partie osseuse détruite. Les bouts du greffon seront taillés en biseau et insinués entre les extrémités du maxillaire et les parties molles qui les entourent ; des lamelles et des copeaux cartilagineux combleront les espaces vides et contribueront à la fixité du greffon principal ; les téguments seront hermétiquement suturés.

Un appareil à loquet, placé sur le côté sain, maintiendra les mâchoires fixées en bonne position : le loquet ne sera retiré qu'aux heures du repos.

Cette opération excellente à tous les points de vue et qui, à la lettre transfigure les blessés, retire de l'anesthésie locale des avantages considérables. Le calme du patient permet au chirurgien de modeler à l'aise son cartilage, de le retoucher, de le placer et le retirer de sa logette autant qu'il le juge nécessaire. Après l'opération, les blessés ne courent pas le risque de déplacer leur greffon par des mouvements intempestifs, comme après le sommeil chloroformique, enfin ils n'ont ni salivation ni vomissements qui pourraient infecter leur plaie.

Aussi le résultat de cette intervention est-il excellent. Au bout de peu de temps, les différents fragments cartilagineux sont intimement unis entre eux, fusionnés en une masse unique formant une pseudarthrose, très serrée, avec le maxillaire.

GREFFES GRAISSEUSES

Quand la perte de substance osseuse est petite et surtout quand on n'a pas de cartilage à sa disposition, on peut substituer la greffe grasseuse à la greffe cartilagineuse.

Dans ce cas, le greffon doit être plus volumineux que la perte osseuse, vu la résorption partielle de la graisse transplantée.

Cet inconvénient suffirait à nous faire préférer la greffe cartilagineuse — qui ne subit aucune diminution de volume — mais l'idée est à signaler, d'ailleurs le malade se prête, de meilleur gré, au prélèvement d'une petite quantité de graisse qu'à celui d'un cartilage costal.

Rhinoplasties

A) Effondrement du squelette nasal

L'effondrement du squelette nasal, si fréquent dans la période tertiaire de la syphilis, est une difformité des plus disgracieuses.

Elle est heureusement corrigée par une rhinoplastie

très simple, quand les téguments sont intacts et non adhérents aux squelettes sous-jacents.

Il suffit, en effet, dans ces cas, d'insérer sous la peau du nez, une baguette cartilagineuse, de forme et de dimensions appropriées.

L'intervention se fait, comme toutes les rhinoplasties, à l'anesthésie locale.

Après injection de quelques centimètres cubes de cocaïne sous la peau du nez, on pratique à la racine de l'organe, une toute petite incision, et on décolle les téguments jusqu'au voisinage du lobule, en évitant d'ouvrir les fosses nasales.

Ayant ainsi préparé une loge convenable, on place la baguette cartilagineuse, dont l'extrémité inférieure, taillée en biseau, sera enfoncée dans l'épaisseur du lobule, et l'extrémité supérieure, également taillée en biseau, viendra s'appuyer sur les os propres du nez.

La petite incision sera hermétiquement suturée par deux fils fins.

Le résultat de cette opération simple est remarquable : le nez devient rectiligne et bien tendu et son aspect absolument normal.

Il serait inutile, sinon dangereux, de compliquer cette intervention par une anesthésie générale.

B) Restauration de la pointe du nez

La pointe du nez, seule, peut être détruite par un traumatisme ou un lupus.

La restauration est faite dans ce cas à l'aide d'une greffe italienne et aux dépens des téguments de la paume de la main ou, plus exactement, aux dépens de la région commissurale du pouce et de l'index.

Après injection de cocaïne — au niveau du lobule du nez et de la région commissurale sur laquelle on va agir — la plaie nasale sera avivée et un lambeau, de dimensions appropriées, disséqué au niveau de la région commissurale sus-nommée.

La face cruentée de ce lambeau sera appliquée sur la plaie nasale, et soigneusement adaptée et suturée à son contour.

Des bandes de toile, ou mieux encore, des bandes plâtrées, maintiendront en bonne position, le bras et la tête qui sera tournée en bas et regardant l'épaule ; de larges espaces seront ménagés dans cet appareil plâtré pour laisser la bouche, les yeux et le nez à découvert.

Cette position fort pénible les premiers jours, sera finalement bien supportée par le patient.

Une quinzaine de jours après, le pédicule du lambeau sera sectionné. Quelques retouches sont ordinairement nécessaires pour enlever les excédents tégumentaires, modeler le lambeau et l'adapter d'une façon satisfaisante au contour narinaire et à la sous-cloison.

Le résultat est excellent.

Cette opération doit être faite à l'anesthésie locale ; autrement les mouvements inconscients qui surviennent à la suite du sommeil chloroformique pour-

raient compromettre définitivement le résultat espéré en arrachant les sutures ou en déplaçant l'appareil de contention.

C) *Rhinoplastie totale*

La pratique de notre maître M. Morestin lui montra que le traumatisme nasal le plus fréquent, par blessure de guerre, est celui qui détruit plus ou moins le squelette et les téguments du nez, en respectant l'auvent, qui se trouve ordinairement en une position vicieuse.

Nous décrirons donc ici la technique de la plus fréquente des rhinoplasties et nous empruntons cette description à la communication que fit M. Morestin à la Société de Chirurgie le 31 mai 1916.

Premier temps. — Il faut avant tout corriger cette attitude vicieuse. C'est l'opération préliminaire indispensable. L'intervention est simple. Il suffit de couper transversalement toutes les brides, tous les tissus modifiés et rétractés qui fixent la partie basse du nez dans sa position anormale. Mais il faut sectionner à fond, sans s'arrêter à aucun obstacle, entailler la cloison et même les parties molles encore saines. L'auvent doit s'abaisser complètement, et les orifices narinaux être tournés directement en bas. Les débridements endo-narinaux permettent en outre de rouvrir les narines aplaties et atrésiées. Cette intervention serait constamment stérile et la difformité se reproduirait fatalement, si l'on n'avait

soin de calibrer les narines et de maintenir l'auvent nasal tendu et en position naturelle. On peut, pour cela, avoir recours à des appareils divers. Mais en voici un bien simple et qui, dans la généralité des cas, remplit toutes les indications.

Ce sont des tubes de verre, longs de 12 centimètres environ, ayant un diamètre de 8 à 9 millimètres. On les fait passer dans les narines. Ils prennent point d'appui, d'une part, sur le front ; d'autre part, sur la lèvre supérieure. Un léger bandeau, un ruban de leucoplaste les fixe au niveau du front.

L'extrémité inférieure est arrondie. Chaque jour on enlève les tiges de soutien pour nettoyer les fosses nasales dont la désinfection est souvent longue et difficile. On est souvent obligé de réséquer les cornets, d'ouvrir les sinus, de lutter contre l'atrésie des fosses nasales.

Deuxième temps. — Installation, sous la peau du front, d'une baguette de cartilage. Cette pratique, imaginée par M. Mougold, a été recommandée chez nous par Nélaton et Ombrédanne, dans leur livre sur la rhinoplastie. Mais chacun a ses habitudes. Voici comment je procède. Je taille, généralement dans l'épaisseur du septième cartilage costal, une baguette un peu plus longue que la hauteur de la brèche nasale. J'ai soin de tailler en biseau mince une des extrémités de cette baguette, celle qui sera tournée vers la partie supérieure du front et, plus tard, vers le lobule du nez. La direction de la baguette incluse sous les téguments frontaux doit

correspondre à l'axe du futur lambeau. Le chirurgien, avant de placer le tuteur cartilagineux, a donc apprécié déjà les dimensions et la forme du lambeau dont il aura besoin plus tard. Je glisse la baguette par une courte incision pratiquée soit au niveau de la ligne médiane, soit, et plus ordinairement, au niveau de l'extrémité interne de l'un des sourcils.

Avant de l'introduire, je lui creuse une loge, en enfonçant le bistouri sous la peau et en décollant celle-ci dans la direction voulue et l'étendue nécessaire.

Je place la tige un peu à droite, ou un peu à gauche du plan médian, généralement à droite, en tout cas du côté opposé à celui où je prévois le pédicule du lambeau. Ce déjettement latéral donne ensuite une facilité plus grande pour tourner le lambeau. Je donne à la baguette axiale une direction verticale. La baguette est un peu plus longue que ne sera le lambeau. Elle est logée sous la peau, elle reste séparée du périoste par du tissu conjonctif, des fibres musculaires; elle ne doit pas adhérer au périoste.

Troisième temps. — Taille et mise en place du lambeau.

Le lambeau est dessiné par trois incisions, l'une supérieure horizontale ou en ligne brisée à sinus supérieur, les deux autres partant des extrémités de l'incision horizontale pour se porter obliquement vers la racine du nez. Ordinairement, le

lambeau doit être symétrique. Parfois, il faut lui donner des dimensions plus considérables d'un côté ou de l'autre, ce qui se comprend aisément d'après la disposition variable et assez souvent asymétrique de la brèche à combler. Une des incisions obliques est conduite jusque dans la perte de substance. On fait tourner l'autre autour de l'extrémité interne du sourcil correspondant, habituellement, pour moi, le sourcil gauche. Le pédicule est formé par les téguments compris entre l'extrémité du sourcil et la brèche.

En traçant l'incision supérieure, j'ai soin de la faire passer un peu au-dessous de l'extrémité de la baguette incluse. Le bout de celle-ci doit dépasser le bord supérieur du lambeau. La dissection de celui-ci n'offre rien de bien particulier. Il faut cependant éviter d'entamer le périoste, et de découvrir la baguette de cartilage qui doit rester entièrement voilée par une gaine de tissu conjonctif plus ou moins sclérosé.

La plaie d'emprunt est réduite immédiatement le plus possible par des sutures forcées après décollement et mobilisation des téguments environnants.

Le pourtour de la brèche nasale est avivé, on libère la bordure cutanée, et l'on refoule vers la profondeur le liséré cicatriciel. Du côté de l'auvent, je procède à une sorte de dédoublement.

Je sépare du côté de la brèche le revêtement endonarinaire et le tégument externe.

Je résèque les parties trop cicatricielles, m'efforce

de régulariser et de rendre symétriques les deux moitiés de l'auvent au point de vue de leur couverture cutanée. Enfin, et c'est là un détail important, je creuse sous la peau, à la partie moyenne, une logette qui s'enfonce vers et jusque dans le lobule. Cette logette est destinée à recevoir l'extrémité amincie du tuteur cartilagineux, qui dépasse le bout du lambeau.

Cette disposition a pour but de solidariser la partie conservée et la partie restaurée du nez et d'empêcher la formation d'une coudure, d'un sillon déprimé, d'une sorte de cassure à l'endroit où elles s'unissent.

Le lambeau est alors mis en place, la baguette insinuée dans cette sorte de nid de pigeon dont nous venons de parler.

L'autre extrémité de la baguette, si sa longueur a été bien calculée, doit répondre, après abaissement du lambeau, à l'échancrure nasale du frontal. Un fil de catgut la fixe au périoste, au tissu conjonctif, aux débris de muscles qui peuvent se rencontrer à ce niveau. Les bords du lambeau sont enfin suturés sur tout le pourtour de la brèche. Il est complètement inutile de chercher une doublure à ce lambeau.

Quatrième temps. — Retouches. C'est cette partie de la restauration qui est peut-être la plus intéressante. Tout ce qui précède est du gros œuvre. Ici commence le modelage. Plusieurs retouches sont habituellement nécessaires pour supprimer le cône de torsion du lambeau, éliminer quelques excédents

cutanés, enlever çà et là un peu de graisse, améliorer une cicatrice. Ce travail conduit graduellement du résultat brut au résultat montrable.

Parmi les retouches, j'attache une grande importance à la réduction graduelle de la cicatrice frontale, par des excisions successives. Cette cicatrice finit par être minime, et peu visible.

Telle est envisagée, dans ses grandes lignes, la technique de l'opération réparatrice applicable, à ce type de difformités assez communes à la suite des blessures de guerre. »

Cependant, le nez peut être complètement détruit par blessure de guerre ou par un lupus, ou réséqué lors de l'exérèse d'une tumeur maligne.

Dans ce cas il faut le refaire de toutes pièces. La technique est semblable à celle ci-dessus décrite: le lambeau frontal sera naturellement plus étendu que pour les cas précédents, les retouches et les modelages plus nombreux et plus complexes, vu la reconstitution des ailes et de la sous-cloison.

Rhinoplastie proprement dite et retouches sont avantageusement faites à l'anesthésie locale, par simple infiltration des territoires sur lesquels on agit: il est donc inutile de faire courir aux patients les risques d'une chloroformisation nullement indiquée.

Constriction des mâchoires post-traumatique

Les plaies faciales intéressant les muscles masticateurs, surtout quand elles coïncident avec une fracture d'un maxillaire, amènent quand elles ne sont pas judicieusement traitées dès le début, des constrictions très serrées des maxillaires.

L'écartement des mâchoires ne dépasse pas souvent 5 millimètres ; cette infirmité est très heureusement guérie par un procédé imaginé par notre maître Morestin et qui se recommande par sa grande simplicité.

L'intervention sera faite à l'anesthésie régionale. Le nerf maxillaire supérieur sera anesthésié par infiltration à la cocaïne de la fosse ptérygo-maxillaire.

Le nerf maxillaire inférieur le sera au voisinage du trou oval, pour cela on demande au patient d'entr'ouvrir la bouche, ce qui fait baisser l'échancrure sigmoïde du maxillaire inférieur, l'aiguille enfoncée à ce niveau atteindra la base du crâne au voisinage du trou oval et l'injection, un peu dans tous les sens, de quelques centimètres cubes de cocaïne permettra au nerf maxillaire inférieur de baigner dans la solution analgésique, ainsi que l'origine des nerfs dentaires inférieur et lingual.

Une fois l'anesthésie faite, on introduit un ouvre-

bouche, à bec plat, entre les arcades dentaires, à la hauteur des premières grosses molaires.

On lui imprime de petits mouvements saccadés et progressifs en agissant avec lenteur et douceur.

Au bout de quelques minutes on obtient un écartement de un à deux centimètres dont il faut savoir se contenter, le premier jour.

Un simple bouchon de liège, d'une hauteur appropriée, est introduit entre les molaires et maintient ainsi les mâchoires écartées.

Cette petite intervention est pratiquée à plusieurs reprises et à quelques jours d'intervalles, jusqu'à ce qu'on obtienne un écartement parfait des maxillaires.

Il serait inutile de compliquer une opération aussi simple et aussi efficace par une anesthésie générale, surtout que, chez ces blessés, la constriction des mâchoires ne nous permettrait pas de pratiquer la traction rythmique de langue, en cas d'asphyxie.

Traitement palliatif de la paralysie faciale par le froncement des parties molles sous-cutanées

Voilà ce qu'en pense notre maître Morestin :
(Communication à la Société de Chirurgie le 12 janvier 1916.)

« On peut comprendre, de façons très différentes,

C. Haridi

le traitement des paralysies faciales définitives, d'origine traumatique.

L'idéal est assurément de rétablir, par la suture, la continuité du nerf interrompu, afin d'obtenir le retour intégral des fonctions.

Nul doute qu'on ne puisse dans certains cas poursuivre cet idéal, au prix de grandes difficultés d'ailleurs.

L'idée de restaurer la fonction par anastomose, avec un autre nerf, plus aisément réalisable, était très séduisante. J'en ai été très partisan ; l'un des premiers j'ai pratiqué l'anastomose spino-faciale.

Cette opération, aujourd'hui discutée, est matériellement impossible dans un certain nombre de lésions du facial, consécutives aux plaies de guerre ayant bouleversé la région parotidienne.

Plus modestement on peut chercher dans un autre sens, une solution moins ambitieuse que celle qui vise à rétablir les fonctions du facial. C'est ainsi que l'on a songé aux anastomoses musculaires péri-buccales des languettes détachées du masséter.

La réduction des parties molles sous-cutanées de la face par des sutures perdues, leur froncement, leur fixation aux plans résistants, peut constituer à elle seule une méthode palliative il est vrai, mais néanmoins puissamment efficace et recommandable par sa simplicité relative.

Chez le paralytique facial, la réduction de la joue, de la moitié flaccide et détendue de la face, est susceptible d'apporter une amélioration notable et

durable, un changement assez grand pour que la difformité reste inaperçue et le visage, à peu près, symétrique, quand il est au repos, et que dans la mimique l'asymétrie ne soit ni très accusée, ni très choquante.

C'est quelque chose, surtout si l'on songe que cette manière de faire est surtout indiquée chez les sujets pour lesquels il n'y aurait rien à attendre ni d'une suture, ni d'une anastomose nerveuse.

Ma première expérience de cette méthode date d'avant la guerre.

En 1913, j'ai donné des soins à un jeune Allemand qui présentait une paralysie faciale, due à la section du nerf dans le rocher, au cours d'une opération de mastoïdite pratiquée dans son pays plusieurs années auparavant. Un chirurgien de Kiel avait essayé de greffer au voisinage de la commissure labiale un lambeau du masséter. Au point de vue fonctionnel, le résultat était insignifiant. Quand le sujet contractait son masséter, la commissure, il est vrai, était légèrement attirée en arrière, mais bien peu, et l'expression de la physionomie n'en était nullement améliorée. La déviation des traits était très accusée. L'opérateur avait cru devoir se donner beaucoup de jour. Il avait tracé une très longue incision, allant depuis la tempe jusqu'au bord inférieur du maxillaire et cette incision avait laissé une cicatrice très apparente. Le jeune homme était désolé de sa situation et me demanda de m'occuper de lui, prêt à se soumettre à toute intervention que je croirais devoir entreprendre.

Il se montra d'ailleurs très patient et très docile. Je l'opérai en trois séances. Je m'efforçai de ramener en arrière la commissure, et m'attachai à raccourcir les muscles principaux qui s'irradient en partant de la commissure, en haut, en arrière et en bas.

Sans chercher à mettre en évidence les fibres musculaires elles-mêmes je fronçai les parties molles où elles étaient contenues. Par surcroît, je sacrifiai l'excédent tégumentaire et remplaçai la cicatrice large et vilaine par une autre plus soignée. Le résultat fut bon ; l'opéré en fut enchanté et, jusqu'à la guerre, se montra fort reconnaissant.

Instruit par ce cas, je me proposai de rendre cette technique dans certains cas de paralysies faciales incurables, mais en évitant, autant que possible, les incisions susceptibles de laisser des traces choquantes. Depuis quelques mois, j'ai eu l'occasion d'observer un grand nombre de ces paralysies, mais je dois avouer que les intéressés ont, pour la plupart, refusé toute intervention.

Le malade du 30 juin 1915 et les trois d'aujourd'hui sont, jusqu'à présent, les seuls qui aient consenti à se laisser opérer.

Dans ses lignes essentielles, le manuel opératoire est peu compliqué et facile à comprendre, mais il est assez délicat dans l'application.

S'il existe déjà une cicatrice faciale, il faut, naturellement, profiter de cette cicatrice pour atteindre les groupes musculaires péri-buccaux ; quand il n'y a pas de cicatrice sur la joue, je pense que toute la

partie importante de l'opération peut être exécutée par une incision curviligne contournant la parotide et l'angle de la mâchoire, incision qui laisse des traces peu apparentes.

Pour atteindre la région des muscles zygomatiques, peut-être serait-il convenable d'y adjoindre une très petite incision suivant le bord inférieur du malaire. Enfin, d'autres incisions peu étendues permettraient éventuellement d'agir, par la partie antérieure de la tempe sur l'orbiculaire, ou au niveau du front sur les muscles de cette région. Je parle au conditionnel pour ces dernières voies d'accès, car chez mes trois malades, j'ai borné mon champ d'action au domaine du facial inférieur.

La grande incision basse permet de décoller largement les téguments, de pousser ce décollement dans toute l'étendue de la joue et de la région massétérine, d'agir sur tous les muscles péri-buccaux, et principalement sur le buccinateur, qu'il est le plus nécessaire d'atteindre. On est seulement un peu gêné en haut et en avant pour le raccourcissement des zygomatiques.

Le territoire occupé par les muscles péri-buccaux étant rendu accessible grâce à la libération des téguments, il convient de froncer et raccourcir ces muscles par des séries de sutures au catgut, ces muscles, en même temps que les tissus conjonctifs, graisseux, ou aponévrotiques, environnants. Le buccinateur est réduit dans le sens vertical par quelques points, mais surtout dans le sens antéro-postérieur, et fixé au bord antérieur et à la face externe du masséter.

Au fur et à mesure on contrôle le degré de correction obtenu, en observant la commissure buccale. Il faut avoir soin d'éviter le canal de Sténon.

On fronce de même les tissus dans la région des muscles triangulaires des lèvres et enfin des muscles grand et petit zygomatiques.

Finalement, la peau est remise en place et la plaie suturée.

L'intervention est pratiquée sous l'anesthésie locale, condition très favorable pour juger de l'efficacité du froncement, pour fixer la place des points de suture et reconnaître le moment où la correction est suffisante.

Il peut être avantageux de supprimer, au cours de l'intervention, de plus ou moins larges bandes des téguments flaccides et en excès. Ainsi, on peut entrevoir la possibilité d'une sorte de modelage de la face, en attaquant successivement les divers éléments de la difformité.

Le résultat obtenu par une première intervention pourrait être complété par d'autres opérations. »

Blépharoplastie

Tous les chirurgiens extirpent actuellement, à l'anesthésie locale, les petites tumeurs, bénignes ou malignes de la face : rien, en effet, n'est plus facile.

Cependant quand l'une de ces tumeurs siège au ni-

veau des paupières ou à leur voisinage, la suture hermétique de la plaie résultant de leur extirpation amène fatalement, un ectropion plus ou moins prononcé.

C'est pour remédier à cet inconvénient sérieux, que notre maître a l'habitude de procéder, dans ces cas, à une autoplastie immédiate, à l'aide d'un lambeau frontal ou temporal selon que la lésion extirpée siège au voisinage de l'angle interne ou externe de l'œil.

Le cas échéant, les paupières sont suturées après simple avivement de leurs bords ciliaires.



AFFECTIONS BUCCO-PHARYNGÉES

Staphylorrhaphie

En dehors des perforations palatines congénitales ou syphilitiques qui sont ordinairement simples et de petites dimensions, on peut avoir à opérer de vastes pertes de substances palatines et vestibulaires occasionnées par des blessures de guerre surtout.

Là, encore, l'anesthésie locale nous rend de signalés services : la staphylorrhaphie étant l'une des opérations où le chirurgien a le plus besoin de l'aide du patient.

L'hémorragie, habituellement abondante dans cette opération, n'occasionnera aucun inconvénient post-opératoire, tels les vomissements et les affections broncho-pulmonaires : le patient n'étant pas endormi, crache le sang, accumulé dans son pharynx, au fur et à mesure de son écoulement. L'ouvre-bouche, qu'il est difficile de maintenir en place sur le sujet endormi, tiendra aisément chez l'individu conscient.

La facilité plus grande de l'intervention réduit ainsi, au minimum, le traumatisme exercé sur les lambeaux et les parois du pharynx par les tampons ou compresses pour recueillir le sang accumulé dans

le pharynx. On aura moins à craindre les complications pulmonaires : on n'aura pas à redouter les efforts de vomissements qui pourraient entraîner des trac-dons intempestives sur les sutures et amorcer des résunions, ni les cris ou les plaintes du sujet qui se réveille et qui pourraient également, dans une certaine mesure, compromettre le résultat : on pourra, presque aussitôt, permettre à l'opéré d'absorber des liquides dont le passage nettoie la bouche et le pharynx. Enfin les opérés peuvent être atteints d'une syphilis grave ayant occasionné des lésions du nez, du pharynx ou du larynx qui auraient laissé des difformités, des brides, des mutilations entraînant des troubles respiratoires : d'autres peuvent être porteur de lésions viscérales, hépatiques notamment, qui constituent des contre-indications à l'anesthésie générale.

L'anesthésie de la voûte palatine sera obtenue par simple infiltration ; ou mieux encore, par anesthésie des nerfs sensitifs : les nerfs maxillaires supérieurs dans les fosses ptérygo-maxillaires, les nerfs palatins antérieurs, dans les trous palatins postérieurs, au-dessous des grosses molaires et enfin le nerf naso-palatin dans le trou palatin antérieur derrière les incisives médianes.

De la sorte on obtiendra une insensibilité absolue du palais dur et mou.

Les petites perforations, médianes ou voisines de la ligne médiane seront traitées par les procédés classiques de staphylorrhaphie : avivement, incisions

latérales le long des arcades dentaires, décollement de la fibro-muqueuse palatine, suture.

Le succès est aisément obtenu quand la perforation est petite ; mais si elle est un peu importante, il faut craindre l'établissement de fistules latérales à l'endroit des incisions libératrices, accident fort heureusement réparable.

Ces procédés sont absolument insuffisants quand il s'agit d'une perforation franchement latérale, palato-alvéolaire ou palato-vestibulaire.

Dans ces cas, de beaucoup les plus communs par blessures de guerre, la cure chirurgicale est presque toujours impossible si l'on s'adressait uniquement à la muqueuse palatine. C'est alors, selon l'avis de notre maître Morestin, qu'il faut demander à la muqueuse de la joue l'étoffe nécessaire pour pratiquer, suivant les circonstances, une autoplastie à lambeau ou une autoplastie par glissement.

Les autoplasties par glissement sont indiquées dans toutes les perforations palato-vestibulaires et palato-alvéolaires ainsi que dans certaines perforations latérales.

L'opéré sera couché, la tête légèrement élevée.

L'anesthésie étant faite comme il a été dit plus haut, quatre crins de Florence traverseront les extrémités des lèvres et serviront de bons écarteurs.

L'ouvre-bouche sera placé entre les mâchoires, du côté sain : le patient conscient, le gardera en bonne position.

Le contour de la perforation sera avivé par l'exci-

sion au bistouri, d'une collerette de la fibro-muqueuse ; cette dernière sera décollée. La muqueuse de la joue, en regard de la perforation palatine, sera libérée et décollée.

La chute des dents, la destruction du rebord alvéolaire permettront d'attirer en dedans, la muqueuse génienne et de la suturer au pourtour de la brèche préalablement décollée. Au besoin, des incisions libératrices faciliteront le glissement de cette muqueuse génienne et permettront de façonner une sorte de lambeau qui viendra s'adapter, *sans aucune torsion*, au portour de la perforation palatine.

Cette opération ne donne, pour ainsi dire, que des succès, comme le prouvent les communications faites à la Société de Chirurgie, par M. Morestin, le 24 novembre 1915, le 15 avril et le 6 juillet 1916 et enfin au mois de janvier 1917.

Quand la perforation palatine est seulement latérale, la destruction des dents et du rebord alvéolaire ne portant que sur une faible étendue, ce procédé d'autoplastie par glissement n'est guère réalisable et c'est alors qu'on aura recours à une autoplastie par lambeau.

Après anesthésie, l'ouvre-bouche et les crins servant d'écarteurs seront placés. On vivra le pourtour de la brèche et on décollera, à ce niveau, la fibro-muqueuse palatine ; un lambeau antéro-postérieur, de dimensions appropriées, sera taillé aux dépens de la muqueuse génienne et décollé.

Ce lambeau aura son pédicule près du sillon gin-

givo-génien, en regard de la brèche palatine, on le fera tourner autour de ce pédicule *sa face cruentée regardant en haut*, on le suturera enfin au pourtour de la perforation, préalablement décollé.

Cette opération est aléatoire ; néanmoins elle fut pratiquée, une quinzaine de fois, avec succès, par notre maître Morestin. D'ailleurs, dans les cas où elle est indiquée, on n'a aucune autre ressource à sa disposition, en dehors de la prothèse.

Enfin les perforations palato-vestibulaires antérieures, s'accompagnant ordinairement des destructions osseuses étendues, se laisseront facilement fermer par la suture de la muqueuse génio-labiale à leur bord postérieur préalablement avivé et décollé.

Pour éviter d'attirer la lèvre en arrière, il convient de mobiliser et d'attirer en avant, la muqueuse des joues, à l'aide de grandes incisions libératrices, si bien que c'est surtout aux dépens de la muqueuse génienne que sera faite l'autoplastie.

Dans certains cas, ce procédé par glissement ne suffisant pas, il faudrait recourir à la taille de lambeaux muqueux génio-labiaux.

M. Morestin communiqua à l'Académie de Médecine, le 16 avril 1918, un travail portant sur 85 cas de palatoplasties de différentes catégories, et faites toutes à la cocaïne.

D'après lui le succès est atteint dans 80 o/o des cas, 20 blessés, guéris, grâce à ces autoplasties par glissement ou à lambeau furent présentés par lui, à

la savante Compagnie; ils portaient tous des appareils de prothèse dentaire.

Bacilloses linguales et buccales

A l'hôpital Saint-Louis, des malades atteints de bacillose linguale sont assez fréquemment adressés à notre maître Morestin.

Des ulcérations tuberculeuses de la langue s'observant, presque toujours, chez des tuberculeux avancés, cachectiques même, l'anesthésie générale est, chez eux, particulièrement contre-indiquée.

Si l'on veut traiter ces ulcérations par la cautérisation ignée très énergique et les applications de formol — ce qui constitue à l'avis de notre maître, la meilleure conduite en pareil cas — il est avantageux de pouvoir procurer au malade, à l'aide de quelques piqûres, une analgésie complète de la langue.

On obtient aisément cette anesthésie par l'infiltration à la cocaïne, des deux nerfs linguaux à leur passage au milieu de sillon gingivo-lingual, en regard de la dernière grosse molaire.

L'anesthésie de la langue ainsi obtenue nous permettra de promener, sans aucune douleur, la lame rougie du thermocautère sur la surface atteinte et d'y enfoncer même cette lame. L'anesthésie est si complète que nous avons vu l'opéré lécher la lame en ignition.

La lésion ainsi cautérisée sera ensuite touchée par la solution formolée de M. Morestin — composée d'aldéhyde formique, d'alcool à 90 degrés et de glycérine, à parties égales —.

Cette intervention sera faite une seconde, troisième et quatrième fois, à huit jours d'intervalles, jusqu'à guérison complète.

Si la lésion siège à un autre niveau de la cavité buccale, l'injection de quelques centimètres cubes de cocaïne à cet endroit, amènera une anesthésie parfaite pour permettre au chirurgien d'intervenir comme pour les cas précédents.

Affections bénignes et malignes de la cavité buccale

L'anesthésie locale et régionale nous permet de traiter, outre les lésions bacillaires de la bouche, beaucoup d'autres affections bénignes, malignes et inflammatoires de la cavité buccale.

C'est ainsi que sont traités efficacement les grenouillettes, les kystes dentaires, les épulis, les sinusites maxillaires, les accidents de la dent de sagesse et surtout la leucoplasie linguale par décortication de la muqueuse comme le préconise notre maître (1).

Enfin l'ablation d'une tumeur maligne du plancher de la bouche gagne particulièrement à être faite à

1. Congrès de Stomatologie, 1907 ; Société de Chirurgie, 1908.

l'anesthésie locale comme nous allons le démontrer dans le chapitre suivant.

Ablation du cancer du plancher buccal

C'est l'ablation proprement dite, du néoplasme qui est pratiquée à l'anesthésie locale.

Ces malades sont supposés avoir subi les curages ganglionnaires du cou, à l'anesthésie générale, selon la technique décrite par M. Morestin dans *le Journal de Chirurgie* de juin 1913.

Ils sont ordinairement fatigués, souvent cachectiques : leur faiblesse exige donc quelques ménagements.

Aussi faut-il surtout leur éviter les accidents pulmonaires post-opératoires. Ces accidents de congestion pulmonaire et de broncho-pneumonie sont ceux qui chargent le plus, de cas mortels, la brillante statistique de notre maître, à Saint-Louis.

Ce danger redoutable est presque complètement écarté quand l'opération est faite à l'anesthésie locale et régionale associées.

Comme il a été dit précédemment, le nerf maxillaire supérieur sera anesthésié dans la fosse ptérygo-maxillaire, le nerf maxillaire inférieur dans le voisinage du trou oval, le nerf lingual dans le sillon gingivo-lingual et le nerf mentonnier dans le trou mentonnier. Enfin quelques injections de cocaïne

seront faites sous les téguments et dans l'épaisseur de la partie inférieure des joues et de la région sus-hyoïdienne.

Ainsi, tout ce qui doit constituer le champ opératoire, sera anesthésié.

La lèvre inférieure sera incisée dans toute son épaisseur, sur ligne médiane jusqu'à la pointe du menton ; l'incision suivra à droite et à gauche la branche interne de l'incision stellaire qui a déjà servi lors du courage ganglionnaire du cou. Les deux joues seront décollées du maxillaire inférieur jusqu'à la troisième grosse molaire et rabattues.

Un ouvre-bouche maintiendra les mâchoires écartées. Deux crins seront passés dans l'épaisseur de la langue et serviront de solide tracteur.

Le maxillaire inférieur sera scié horizontalement à 1 cm. 5 du bord alvéolaire jusqu'à la hauteur des deuxième grosses molaires ; à ce niveau, après arrachement des dents, deux coups de scie verticaux isoleront un arc osseux, en forme de fer à cheval, du restant du maxillaire inférieur.

Armé d'une paire de ciseaux, on disséquera le plancher buccal, dans toute sa largeur, jusqu'à la sangle mylo-hyoïdienne. Quelques coups de ciseaux sectionneront et sépareront du reste de l'organe, la partie antérieure de la langue, en rapport avec le néoplasme du plancher buccal. On enlèvera ainsi, en un bloc, l'arc maxillaire, le néoplasme en même temps que tout le plancher et la partie antérieure de la langue.

L'hémorragie, au cours de cette intervention est minime : les carotides externes et leurs branches ayant été liées lors des curages ganglionnaires.

La plaie linguale est suturée à l'aide d'une soie forte, le plancher buccal bourré de gaze iodoformée et les larges incisions cutanées suturées aux crins de Florence.

Ces malades seront minutieusement surveillés les premiers jours. A l'aide de tampons montés sur de longues pinces courbes, les mucosités seront continuellement extirpées du fond de leur gorge, des ventouses seront posées tous les deux jours sur leur thorax, etc. Ainsi, seront évitées les complications pulmonaires et la guérison sera rapide.

Le moment venu, un appareil de prothèse remplacera la partie manquante du maxillaire inférieur et maintiendra la lèvre inférieure en bonne position.

Plusieurs malades ainsi opérés, par notre maître Morestin, sont guéris depuis des années et continuent à le visiter régulièrement.

CONCLUSIONS

1° L'anesthésie locale peut, et doit même être substituée à l'anesthésie générale, dans un très grand nombre d'opérations portant sur la face, la bouche, le pharynx et les mâchoires.

2° En effet, l'anesthésie générale, outre ses dangers connus, comporte dans le domaine de la chirurgie faciale et bucco-pharyngée de graves inconvénients :

Le champ opératoire est encombré, l'anesthésie n'est jamais continue d'où mouvements inconscients du patient qui sont très gênants, les vomissements et les efforts intempestifs risquent de souiller les plaies ou amorcer la désunion des sutures, enfin l'anesthésie générale complique un grand nombre d'opérations simples (retouches, excisions de cicatrices, etc.) et en augmente considérablement la durée.

3° L'anesthésie locale, dans le domaine des opérations faciales et bucco-pharyngées, permet d'éviter tous les inconvénients de l'anesthésie générale et ses avantages propres sont, au contraire, multiples et considérables.

4° Le patient devient un aide pour le chirurgien : en

gardant l'immobilité, en prenant l'attitude que l'opérateur juge utile, en faisant fonctionner tel groupe musculaire de la face selon l'ordre reçu, il facilite la tâche de l'opérateur, souvent délicate en chirurgie réparatrice.

5° Les malades opérés à l'anesthésie locale, pouvant rejeter les mucosités et le sang accumulés dans leur pharynx, se mettent dans une certaine mesure à l'abri des complications pulmonaires redoutées.

6° De multiples interventions successives nécessaires à un traitement autoplastique peuvent être subies, sans dangers d'intoxications, par le même malade.

7° Avec l'anesthésie locale le champ opératoire est libre. Aucun effort intempestif ne risque de désunir les plaies, aucun vomissement ne les expose à l'infection.

8° Le chlorhydrate de cocaïne au centième sans adjonction d'adrénaline, est un parfait anesthésique local.

On peut en injecter, sans crainte d'accidents, jusqu'à 30, 40 et même 50 centimètres cubes.

9° L'anesthésie par infiltration massive est préférable à l'anesthésie lente plan par plan.

10° L'anesthésie régionale est heureusement associée à cette anesthésie locale toutes les fois que les nerfs sensitifs peuvent être facilement atteints.

11° Hormis les grosses tumeurs adhérentes et étendues, ainsi que les grandes résections osseuses, toutes les opérations faciales et bucco-pharyngées

suivantes gagnent à être faites à l'anesthésie locale et régionale : les autoplasties chez les blessés de guerre mutilés de la face, la réduction graduelle des difformités tégumentaires, les chéiloplasties, les greffes cartilagineuses et graisseuses, les rhinoplasties, les palatoplasties, les bacilloles linguales et buccales, le traitement palliatif des paralysies faciales, les blépharoplasties, l'ablation du cancer du plancher buccal, la décortication de la muqueuse linguale pour leucoplasie, les grenouillettes, les sinusites maxillaires, les accidents de la dent de sagesse, les épulis.

Vu : le Président de la thèse
BROCA

Vu le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. POINCARÉ

